

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No
55

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Léon RAPPAPORT

Né à Focsani (Roumanie) le 23 Avril 1877

ULCÈRE AIGU DE LA VULVE

(L'Ulcus Vulvae Acutum de Lipschütz)

REVUE GÉNÉRALE ET ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Léon RAPPAPORT

Né à Focsani (Roumanie) le 23 Avril 1877

ULCÈRE AIGU DE LA VULVE

(L'Ulcus Vulvae Acutum de Lipschütz)

REVUE GÉNÉRALE ET ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphil-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique et l'adulte pour les accidentés du travail, mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puér culture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

*Qui a vaillamment soutenu mon
effort un peu tardif.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR ALFRED LÉVY-BING

Médecin de Saint-Lazare

Hommage de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours porté.

A M. LE DOCTEUR JACQUES CHARLES BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

*En témoignage de ma gratitude
pour la bienveillance qu'il a bien
voulu me témoigner au cours de mes
études.*

A M. LE DOCTEUR A. CARTEAUD

Chef de Clinique de l'Hôpital Saint-Louis

*A qui nous devons l'inspiration
de cette thèse et qui a bien voulu nous
aider de ses conseils.*

*Je le prie de trouver ici le témoi-
gnage de ma reconnaissance.*

INTRODUCTION

En mai 1931, j'ai eu l'occasion d'observer, comme étudiant, un cas d'ulcère aigu de la vulve, de Lipschütz, hospitalisé à la clinique dermato-syphili-graphique de l'Hôpital Saint-Louis.

Ce cas était particulièrement intéressant par sa morphologie spéciale, polymorphe, et présentait un ensemble de lésions rappelant chez la même malade trois types cliniques : 1^o lésion principale simulant le chancre syphilitique ; 2^o des ulcérations du type vénérien et 3^o au cours de l'évolution de la maladie, apparition du type miliaire.

M. le D^r A. Carteaud, Chef de Clinique de l'Hôpital Saint-Louis, a eu l'extrême amabilité de mettre à ma disposition les clichés photographiques des lésions et des examens bactériologiques de cette maladie, tout en me suggérant l'idée de faire une thèse, ayant comme sujet la question générale de l'ulcère aigu de la vulve, de Lipschütz, en partant du cas très intéressant observé.

Nous avons donc l'intention, dans ce travail, de faire une description complète de la maladie, au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique, en ayant soin de présenter le sujet au-

tant que possible, sous la lumière de toutes les idées et de toutes les observations récentes, pour pouvoir dégager la conception actuelle de la question. Ensuite nous parlerons des discussions pathogéniques, des diverses opinions émises et ce qu'il résulte, surtout pour la documentation, de ces diverses opinions, des observations récemment publiées à l'étranger et surtout en France.

Nous avons rassemblé toutes les observations publiées en France.

En comparaison des vingt observations recueillies par Lipschütz en vingt ans, la contribution française de dix observations depuis 1927, (date de la première), est assez importante.

Nous ajouterons quelques observations étrangères, celles qui présentent un intérêt caractéristique, et, la totalité des observations françaises, ainsi que les déductions qu'on peut tirer, de ce matériel documentaire, sur l'état actuel de la question.

HISTORIQUE

En 1895, Neumann signale pour la première fois une maladie qu'il décrit sous le nom de « aphtes des organes génitaux de la femme ». Neumann ajoute que ces aphtes sont toujours accompagnés de fièvre. Il a eu l'intuition qu'il s'agit d'une maladie spéciale, mais il n'a pas réussi à préciser la nature de la maladie.

En 1904 : Première observation de Lipschütz.

En 1907, alors qu'il n'existait qu'une seule observation de Lipschütz, le docteur russe TSCHAPIN avait rapporté *neuf cas* d'« ulcères génitaux de la femme » ; dont huit cas concernant des vierges. Comme je l'ai déjà dit : en 1907, il n'y avait qu'un seul cas publié par Lipschütz. M. le Professeur Gougerot signale avec raison, dans *Les Annales des Maladies Vénériennes*, le tort qu'on fait à Tschapin parce que personne ne parle de ses observations.

Je me réserve l'occasion de revenir sur les observations de Tschapin au chapitre « Observations Etrangères ».

De 1909 à 1913, Lipschütz, dans une série de travaux, réussit à bien individualiser la maladie.

En 1913, les travaux de Scherber, sur lesquels je reviendrai ; APPEL, LENARTORDICZ, OPPENHEIM 1918 ; KUMER 1920 ; GALEWSKY 1922, Mc DONAGH 1924, FROMMER 1925, ROST 1926 ainsi que les vingt cas de Lipschütz rassemblés jusqu'en 1923, constituent le matériel ayant servi à la Monographie sur l'Ulcus Vulvæ acutum publiée pour la première fois par Lipschütz dans *Unna's Dermatologischen Studien*.

EN FRANCE :

1927 : Première observation de ROEDERER et SLOMOVICI.

1929 : GOUGEROT, BURNIER et PIERRE UHRY ;

1931 : L. M. PAUTRIER et J. ROEDERER ;

1931 : BURNIER et A. CARTEAUD ;

1932 : M. BRULÉ, P. HILLAMAND et E. GILBRIN, étudient l'ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde ;

1932 : PAUL CHEVALLIER, une Etude sur l'ulcère aigu de la vulve, avec deux observations ;

1932 : PAUL CHEVALLIER et SIGISMOND BLOCH.

Au point de vue de l'Histoire de cette maladie, les travaux de Scherber, sur lesquels je reviendrai, méritent une attention tout à fait spéciale ; c'est lui qui, le premier, a réussi, en 1918, à obtenir des cultures pures de *bacillus Crassus* ; c'est aussi lui qui a réussi à inoculer sur la muqueuse délicate des organes génitaux du cobaye, le *bacillus Crassus*, obtenant des lésions très proches de l'ulcère de la vulve.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE DE L'ULCÈRE DE LA VULVE

D'après la statistique de Lipschütz, 70 % des cas s'observent chez les vierges. La maladie est assez rare ; une soixantaine d'observations publiées dans tous les pays du monde entier. Les pays dans lesquels on l'a observée sont : l'Autriche, l'Allemagne, la Pologne, la Russie, le Danemark, l'Angleterre, l'Italie, les Etats-Unis d'Amérique, et, depuis 1927, la France. Jusqu'à présent, on n'a jamais constaté la maladie chez l'homme. Pourtant, VOLK et LIPSCHÜTZ lui-même, *affirment avoir trouvé deux fois seulement le bacillus crassus chez l'homme dans des ulcérations des organes génitaux et autour de l'anus.*

L'âge des malades varie de 3 à plus de 50 ans ; ces deux extrêmes forment l'exception ; la plupart des cas ont été observés entre 12 et 20 ans.

La maladie s'observe surtout chez les vierges, comme je l'ai dit, mais peut aussi atteindre les femmes déflorées. On l'a vue chez des pluripares et même chez des femmes enceintes. La menstruation paraît avoir une influence favorable sur l'apparition de la maladie ; son début coïncide souvent avec la semaine des règles. Mais il ne faut pas lui attribuer un grand rôle.

La maladie n'est pas contagieuse :

1^o Elle survient chez les enfants et chez les vierges ;

2^o Ne se transmet pas de la femme au mari ;

3^o Toutes les recherches ont prouvé qu'elle n'a aucun rapport avec les différentes maladies vénériennes.

4^o Les auto-inoculations n'ont jamais réussi (Lipschütz, Scherber).

5^o Les recherches expérimentales avec des cultures pures de *bacillus crassus* n'ont jamais « abouti à des résultats positifs d'inoculations ». Pourtant, Scherber, après de nombreux essais, avait réussi à inoculer le *bacillus crassus* sur la muqueuse des organes génitaux des lapins, obtenant des lésions analogues à l'ulcère aigu. Lipschütz déclare n'avoir jamais réussi.

Dans aucun des cas publiés jusqu'à présent, on n'a trouvé à l'examen bactériologique, ni gonocoque, ni Ducrey, ni tréponème.

Je trouve dans une étude publiée il y a quelques jours, dans *Il dermosifiligrato* par M. Giacomo Santori, assistant à la Clinique Dermato-Syphiligraphique de Rome, quelques faits nouveaux.

MM. SAMEK et FISCHER affirment avoir réussi à mettre en évidence, chez leurs malades, le *bacillus Crassus*, non seulement dans les lésions des organes génitaux mais aussi dans les coupes histologiques d'un élément d'érythème nouveau. Hémoculture était aussi positive.

Ito (Rec. Zent. Haut. u. Ges. Kr., 1932) a aussi

référé, récemment, un cas d'ulcère aigu de la vulve compliqué d'aphtes buccales ; il a trouvé le B. C. dans les ulcérations vulvaires et dans les aphtes de la bouche.

RAPPORTS DE L'ULCÈRE AIGUE DE LA VULVE AVEC LA TUBERCULOSE ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Tous les auteurs sont d'accord sur la *fréquence de l'ulcère chez les tuberculeuses*. Lipschütz, dans ses observations, avait trouvé chez plusieurs de ses malades, de la tuberculose des sommets du poumon. Scherber rapporte le même fait observé. Chez la malade hospitalisée dans la clinique dermato-syphigraphique de Saint-Louis, dont nous reproduisons l'observation complète dans ce travail, on remarque que :

« Son père se trouve hospitalisé à l'hôpital Necker pour tuberculose rénale. Une sœur de la malade se trouve à Berck pour une tuberculose osseuse. Un frère est mort de méningite. La malade a été hospitalisée, il y a un mois, aux Enfants-Malades, pour un *érythème noueux*, dont elle est, depuis, restée fatiguée.

Je donne aussi, en résumé et à titre documentaire, les trois observations publiées par M. Mario Monacelli, de Rome. Il s'agit de jeunes filles de 13-15 ans. Chez toutes les trois malades, il a été trouvé des lésions des sommets.

Il paraît donc ressortir d'une manière évidente qu'il y a un rapport entre cette maladie et l'ulcère aigu de la vulve. J'exposerai plus bas la conception de Lipschütz sur la coïncidence de la tuberculose et d'autres maladies avec son *Ulcus vulvæ acutum*.

La fièvre typhoïde

Lipschütz et Scherber ont, les premiers, signalé l'apparition de l'ulcère aigu chez des malades de fièvre typhoïde. En 1916, Scherber a publié la première observation dans la *Wiener klinische Wochenschrift*. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, atteinte d'un iléo-typhus et en même temps d'ulcères aigus de la vulve avec présence du *bacillus crassus*. Lipschütz en parle aussi dans sa monographie sur l'ulcère aigu de la vulve, publiée dans les *Dermatologische Studien* de P. G. Unna et J. H. Rille, vol. XXV.

En France, il n'y a qu'une seule observation publiée, en 1932, le 25 avril, par MM. Brulé, Hillemand et Gilbrin. Ce cas, l'unique chez lequel l'ulcère gangréneux survient à peu près en même temps que la fièvre typhoïde, est extrêmement intéressant parce que, par l'aspect gangréneux des lésions, et l'atteinte profonde de l'état général, fit tout d'abord penser à une gangrène de la vulve. Après 7 jours, on porte le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde.

Une hémoculture permit d'isoler un bacille d'Eberth et des frottis de l'ulcération avaient décelé,

en grande abondance, un bacille présentant tous les caractères morphologiques du bacillus crassus.

Les auteurs de cette observation rare, si intéressante et instructive publiée dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 25 avril 1932, ajoutent les réflexions suivantes :

« On pourra peut-être rapprocher de ce cas tout une série d'autres faits : cas de gangrène de la vulve le cas de lésions multiples à type d'aphtes, signalé par Lartignan ; les observations de Lartignan, H. Planner et F. Remenowsky avec présence du bacille d'Eberth au niveau de l'ulcération, etc. »

On sait bien que le bacille d'Eberth peut provoquer des ulcérations en dehors de la muqueuse intestinale. Dans les ulcérations vulvaires observées chez des typhiques, certains auteurs ont pu, en prenant toutes les précautions nécessaires, isoler le bacille d'Eberth. On pourrait donc supposer que celui-ci est l'agent pathogène de l'ulcère aigu quand il survient chez une typhique.

Lipschütz ne partage pas cette opinion ; mais au point de vue de la pathogénie — comme il sera relaté plus bas — il y a encore d'autres auteurs qui ne concordent pas en tout avec les opinions de Lipschütz.

OLSON n'admet pas du tout que le bacillus crassus, ce saprophyte que l'on retrouve sans exception dans les organes génitaux de toutes les femmes, soient l'agent pathogène de l'ulcère de la vulve. D'après

lui, cet agent est à trouver. Le rôle du bacillus crassus serait à considérer comme un microbe d'infection secondaire. (Olson : Veneroid-Ulcer. *Arch. of Dermat.*, mars 1920).

SHERBER admet, à côté des cas d'infections endogènes, seule modalité admise par Lipschütz, dans certains cas, une infection exogène. Lipschütz déclare n'avoir pu jamais constater l'infection exogène.

MARIO MONACELLI, de Rome, considère l'ulcère aigu de la vulve comme une maladie infectieuse générale, et l'ulcère comme un épiphénomène de cette maladie générale, causée par un virus encore complètement inconnu.

P. SCHUGT, dans une étude sur l'*ulcus vulvæ acutum* de Lipschütz et son *Etiologie* (*Zentral Blatt für Gynäkologie*, 1925, N° 39, p. 2180), suggère qu'il pourrait s'agir d'ulcère angio-névrotique, dont le tableau morbide rend difficile d'accepter cette théorie.

Enfin, M. le professeur PAUL CHEVALLIER, dans son excellent article de *La Presse Médicale*, N° 6, 1932, accompagné de trois observations intéressantes, rapprochant de l'ulcère aigu les résultats de ses recherches avec MM. Lévy-Bruhl et R. Moricard, sur l'idiophagédénisme, à savoir le pouvoir de nécrose molléculaire que possèdent certains staphylocoques dorés, il se demande si l'association constante de ce microbe n'a pas été sous-estimée.

Dans un des cas observés par M. le Professeur

CHEVALIER (Observation II), un choc moral précède de peu le début de la maladie, et ce fait explique qu'on ait pu proposer une pathogénie angio-névrotique (P. Schutg.

Il est intéressant de mentionner aussi le fait qu'une injection d'arsénobenzol, fut nettement la cause d'une seconde éruption d'*ulcus acutum*, chez la malade de M. CHEVALLIER de l'Observation I. M. CHEVALIER, tout en la considérant comme manifestement biotrope, suivant la conception de M. Milian, incline plutôt vers l'explication classique de Lipschütz : l'affaiblissement de l'organisme. Cette diversité de conceptions sur la pathogénie de l'ulcus aigu, tient certainement à ce qu'on n'a pas encore apporté la preuve décisive du pouvoir pathogène du bacillus crassus. Lipschütz admet cependant que le bacillus crassus est bien l'agent pathogène de l'ulcère aigu, et de nombreux auteurs sont d'accord avec lui.

Pour Lipschütz, la genèse de l'ulcus aigu présente un intérêt biologique général parce qu'il s'agit, d'une manière évidente, d'une *auto-infection locale*. On ne peut pas parler d'une infection par contact génital, parce qu'on observe la maladie surtout chez les enfants et les vierges. En faveur de cette manière de voir, contribue aussi la rareté de la maladie par rapport au riche matériel vénérologique, qu'offrent les grandes villes. Le fait que l'on trouve normalement comme *saprophyte banal* ce bacille (dans les sécrétions vulvaires et vaginales, dans le col, l'urètre dans la vulvite non gonococcique des petites filles

et jeunes femmes, dans certaines urétrites non gonococciques, les cervicites et même la salpingite (Loidi) etc., sans qu'on puisse établir son rôle nocif, doit conduire à la supposition qu'un facteur, jusqu'à présent inconnu, doit intervenir pour contribuer à la production de l'ulcère aigu.

On peut expliquer de la même manière l'impossibilité d'inoculer ce microbe chez les sujets sains ; l'absence de ce facteur inconnu, favorable à la pénétration du bacille dans les tissus et la production, en suite, de la réaction de ces tissus.

Basé sur ces considérations, Lipschütz considère la pathogénie de l'ulcère aigu de la vulve comme une auto-infection produite par les bacillus crassus qui se trouvent normalement sur le trajet génito-urinaire. Une cause propre à exalter la virulence de ces microbes survient-elle, ils deviennent capables de produire l'infection spécifique.

La chose se passe de la même manière, dit Lipschütz avec d'autres microbes : l'auto-infection de la furonculose, l'infection des voies respiratoires par les staphylo-strepto-pneumocoques, les colicystiques, angine de Vincent, etc

Le facteur constitutionnel et conditionnel, comme l'anémie, le lymphatisme, la tuberculose, etc., ne jouent qu'un rôle secondaire.

Il s'agit très probablement d'une infection chronique latente avec les bacilles Crassus, qui, dans des circonstances jusqu'à présent inconnues, peuvent donner la forme aiguë.

N'a-t-on pas vu, dans de nombreuses observations publiées l'ulcère aigu coïncider *avec la fièvre typhoïde, la tuberculose, l'érythème noueux ?*

Les observations que nous publions dans ce travail sont à ce point de vue, très impressionnantes.

BACTÉRIOLOGIE

Dans la sécrétion purulente des ulcères constitués dans la forme gangréneuse, vénérienne ou miliaire, dans les ulcères de la vulve, ainsi que dans les ulcères para-génitaux, on trouve de façon constante souvent en quantité énorme un microbe que Lipschütz a appelé *Bacillus Crassus*.

Il est gros ($0,5 \mu$) et assez long : $1,5$ à 3μ . En culture, il peut devenir très long et atteindre 45μ . Il est régulier, presque toujours rectiligne, nettement coupé aux bouts, immobile, Gram positif et de coloration homogène. Il est isolé, ou parfois associé en courtes chaînettes. Il se trouve extra-cellulaire. A côté de la forme normale qui est prédominante, on peut rencontrer des formes fines et des formes un peu incurvées. A la fin de la maladie, certains microbes présentent des plaques claires, se colorent mal et dégénèrent.

Sur coupe, à côté de quelques amas de staphylocoques, on trouve le même microbe, mais il n'existe pas dans la couche profonde inflammatoire. Les éléments, isolés en général, parfois phagocytés, parsèment seulement la couche superficielle nécrosée. Le

bacille y semble plus fin que dans les frottis. Dans le pus, il est généralement associé à des staphylocoques, et, parfois, à des pseudo-diphtériques.

Des cultures mixtes ont été obtenues par Lipschütz en 1913. — En 1918, SCHERBER a réussi des cultures pures. On ensemence sur plaques de gélose-ascite. Après 48 heures, on cherche à la loupe, à côté de grosses et opaques colonies de ataphylocoques, les colonies délicates, transparentes, irradiant de mèches chevelues ; on repique sur gelose-ascite ; la culture est généralement pure. On peut la continuer sur différents milieu, (sérum coagulé, etc.). Le bacille est anaérobie facultative.

Sur le sérum de Loffar, il prend des formes tout à fait bizarres : enroulées, tordues, circulaires, en crochet, etc. On trouve le bacillus crassus comme saprophyte :

La vulvite des enfants et jeunes filles (Volk et Lipschütz).

Métrites non gonococciques de la femme ;

Salpingite suppurée (Lôw),

Comme infection surajoutée dans divers processus ulcéreux des organes génitaux ;

Lôw la trouve dans les déjections d'un malade de fièvre thyphoïde en convalescence.

VOLK ET LIPSCHÜTZ l'ont identifié dans deux cas d'ulcérations des organes génitaux et de la région anale chez des hommes.

ÉTUDE CLINIQUE

Les ulcérations

L'ulcère unique est extrêmement rare (Carol et Rhuyt). En général, il s'agit de plusieurs.

Ils peuvent occuper toute la région vulvaire, la peau et la muqueuse. Le vestibule, l'hymen et les caroncules myrtiliformes, le bord libre et la face interne des petites lèvres les sillons interlabiaux, grandes lèvres, commissure, supérieure et inférieure, la fosse naviculaire, le clitoris, sillons vulvo-cruraux, les racines des cuisses, le périnée, l'anus, sillon interfessier et le bord interne des fesses. L'extension à toutes les régions est possible, mais rare ; le plus souvent, elle est plus limitée. Dans un seul cas, connu de Brünauer, publié dans la *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1920, page 1331, les ulcères avaient comme siège exclusif les vallées vulvo-crurales. Le siège d'élection est la face interne des petites lèvres chez les femmes adultes, et les grandes lèvres chez les petites filles.

LE DÉBUT. — Lipschütz fait la description des lésions en considérant chaque type à part, en se référant à l'ulcère déjà évolué. M. Chevalier préfère

la description de cette évolution elle-même, ce qui est plus précis. Je suivrai donc la voie choisie par M. Chevallier :

Il se forme d'abord une papule aplatie accompagnée de trois phénomènes subjectifs très constants, d'après Lipschütz *la démangeaison, la cuisson et la douleur*. Presque d'emblée sa partie toute superficielle se remplit d'une sérosité citrine un peu louche. En moins d'une nuit, la lésion est sortie avec de la fièvre et frisson. Très vite, la pellicule épidermique se rompt : une ulcération est constituée en moins de 48 heures, tout le fond est gris-jaunâtre et suinte abondamment. Ce qui est caractéristique dans ce type d'ulcère, type gangréneux c'est qu'il *creuse* et s'agrandit en même temps qu'il s'érode, et peut même perforer les petites lèvres (Lipschütz, Scherber, Lenartovicz, Chevallier).

La collection séreuse peut manquer et le décollement épidermique, très vite disparu dans le milieu humide et presque toujours gratté, est suivi immédiatement de l'ulcération suintante. Ulcérée, la lésion peut rester libre abondamment suintante ; c'est une nécrose extensive, dont les parties mortifiées s'éliminent au fur et à mesure, ne laissant jamais à la surface qu'une pellicule purulente ou fibrino-dégénérative.

Dans le type gangréneux de Lipschütz, il se forme toujours une croûte adhérente, d'épaisseur variable, plus ou moins foncée (grise-jaune sale allant au bleu-noir, (Lipschütz). Elle se décolle bientôt sur les

bords, et en deux ou trois jours elle tombe ou est arrachée par le grattage :

Vers le troisième ou quatrième jour, les ulcères sont typiques. Généralement, ils sont distincts et séparés les uns des autres ; parfois, on observe une tendance à confluer.

L'Etendue est très variable : lentille, ongle, pièce de deux sous, et même plus grand.

La Forme : ronde, ovale, allongée, irrégulièrement circonscrite. Dans les plis, ils sont en feuilles de livre, ou fissuraires.

Le Fond est souple, régulier. La forme typique est en cupule (Chevallier, Lipschütz) à peine plus décline au centre qu'à la périphérie, en sorte que l'ulcère est presque *plat*. Rarement la cavité est profonde, à l'exception des formes gangréneuses. Toutes les variétés peuvent exister chez la même malade.

Le fond est plein de pus, quand on l'essuie, il apparaît gris-rougeâtre ou rouge. Après quelques jours, la sécrétion se tarit, l'exsudat devient moins purulent et plus fibrineux ; la couleur est rouge.

Lorsqu'il guérit, il est sec et rouge.

Les Bords, taillés franchement, se relient au fond, à pic ou en pente raide. *Ils ne sont jamais décollés*. Au début, ils sont gonflés et congestionnés. Bientôt ils s'affaissent et sont du même niveau que le tégument voisin. Puis, ils se doublent à l'intérieur, d'une collerette blanche d'épidermisation qui envahit rapidement le fond lui-même modifié.

Le Voisinage. — Les téguments qui entourent

l'ulcère sont normaux. Cependant, un léger œdème banal s'observe souvent, et même le gonflement est très intense.

La muqueuse est plus ou moins rouge et irritée.

Les lésions répandent une odeur fade assez spéciale, qui n'a rien de commun avec l'odeur de la gangrène (Lipschütz).

Lipschutz a décrit un type spécial : *L'ulcère miliaire*. Il est tout à fait exceptionnel de le trouver seul : en règle générale, il est associé à la *forme vénérienne*. Ce sont de tout petits ulcères, gros comme des têtes d'épingles. Les téguments, intacts le soir, présentent le lendemain de petites ulcérations disséminées surtout sur les bords des grandes lèvres (Lipschutz), peu profondes et recouvertes d'un enduit purulent et qui cerce un bord surélevé entouré d'une zone rouge. Ces ulcères, en général, guérissent vite, *sans être agrandis*. Ces lésions ne laissent pas de cicatrices visibles.

La malade que j'ai vue hospitalisée à la clinique de Saint-Louis, dont l'observation complète se trouve dans le texte de cette thèse, présente, réunis chez une seule malade, trois types cliniques : lésion première qui siège sur la grande lèvre gauche, simulant le chancre syphilitique. Secondairement sont apparues à la petite lèvre gauche des lésions ulcéreuses superficielles à bords irréguliers et déchiquetés, ayant les caractères de la forme dite vénérienne.

Enfin, au cours de l'évolution de la maladie, on a pu constater l'existence de lésions ulcéreuses miliaires,

disséminées et de durée éphémère, lésions rentrant dans le troisième type décrit par Lipschütz.

Ce cas, par sa morphologie spéciale, polymorphe (ulcère simulant le chancre syphilitique ; ulcères du type vénérien et, au cours de l'évolution de la maladie : apparition du type miliaire) offre une forme clinique tout à fait spéciale, ne rentrant pas dans les types cliniques décrits par Lipschütz.

MM. Pautrier et J. Roederer ont rapporté à la Société Dermatologique de Strasbourg l'observation d'une malade présentant un ulcère simulant parfaitement le chancre syphilitique.

Les adénopathies

Les ulcères aigus de la vulve ne s'accompagnent pas de grosses adénopathies. Ce caractère a une importance capitale au point de vue clinique, surtout dans les formes à type vénérien. Très souvent, on ne trouve pas de ganglions dans les aines. S'il existe des glandes, elles sont arrondies, petites très peu douloureuses.

Douleurs

Les douleurs *spontanées* sont minimales ; c'est une notion classique. Mais il y a des cas où les lésions sont horriblement douloureuses au toucher et au mouvement. Le frottement réveille de vives douleurs. Parfois, les malades ont peine à uriner et se plaignent

de douleurs très pénibles lorsque l'urine souille les ulcérations.

Les démangeaisons et les cuissons sont la règle. Lorsque les ulcères commencent à se cicatriser, il n'y a plus de douleur ; le prurit peut persister.

La fièvre

Ce signe mérite une attention tout à fait spéciale.

D'après Lipschütz, dans la forme vénérienne, elle est presque toujours normale ; elle est au contraire la règle dans les formes gangréneuses. La maladie commence alors par des frissons et une grande élévation thermique qui fait penser à une grande maladie infectieuse (Lipschütz).

Elle commence par 38° et peut atteindre 39° et 40°. Souvent, elle ne dépasse guère 38°. D'après Lipschutz, la température descend généralement en lysis irrégulière. Elle ne dure que quelques jours.

Lipschütz insiste sur ce fait qu'à la chute de la croûte, elle devient très minime ou disparaît. *Lorsqu'elle persiste élevée, on doit toujours penser à une affection surajoutée, et spécialement à la fièvre typhoïde.* Il n'y a que trois cas connus jusqu'à ce jour : un cas de Lipschütz, un cas de Scherber, et le troisième de MM. BRULÉ, HILLEMAND et GILBRIN. (Ulcère aigu de la vulve au début d'une fièvre typhoïde. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 avril 1932).

S'il se produit de grands crochets le soir, il faut toujours soupçonner la tuberculose.

Les récidives

Les récidives sont assez fréquentes. Leur échéance est très variable : de quelques jours ou semaines, à des mois ou années. Une malade de *Crosz* fut atteinte cinq fois, de 1913 à 1917 ; une malade de *Lipschütz* sept fois, de 1909 à 1918, (récidives confirmées par la clinique et l'examen microscopiques).

Souvent les récidives ne reconnaissent aucune cause ; parfois elles peuvent être déclanchées par toute cause débilitante de l'organisme. Chez une malade de *M. Chevallier*, guérie spontanément en trois semaines environ, après une injection d'arséno-benzol, la maladie se déclanche et bientôt les ulcérations sont nombreuses. Chaque nouvelle injection réveille la fièvre et active manifestement les ulcères.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En allant de la superficie vers la profondeur, on trouve une couche nécrosée où sont disséminés des *bacillus Crassus* et des amas de staphylocoques ; une zone intermédiaire ; une zone d'inflammation aiguë à peu près homogène ; enfin, et jusqu'à l'hypoderme, une vaste région où, sur un fond d'inflammation diffuse, se détachent de grosses traînées d'infiltrats périvasculaires.

Du centre vers la périphérie, la nécrose se relie, par une bande de tissu en voie de destruction, à l'épiderme aminci et infiltré et aux couches papillaires et sous-papillaires gonflées et gavées de leucocytes ; plus loin, les infiltrats périvasculaires diminuent d'importance à mesure qu'on s'éloigne du foyer morbide.

Si l'on examine de plus près, on ne trouve ni hémorragie, ni caséification, ni cellules géantes, ni plasmons etc., rien en somme qui oriente vers la tuberculose, la gangrène, etc.

Dans les parties où la structure cellulaire est bien conservée, le tissu pathologique est formé de la réaction des éléments fixes et d'éléments importés. Le

derme est œdédié ; les cellules conjonctives se multiplient et gonflent, les faisceaux conjonctifs sont dissociés, et lorsqu'on se rapproche des zones nécrosées, le collagène dégénère ainsi que les fibres élastiques. L'infiltration est polymorphe ; il est surtout formé de lymphocyte et de polynucléaires, mais on y trouve aussi des éosinophyles et des mastzellen.

Lipschütz et Brünauer insistent sur les lésions vasculaires. Ils définissent l'*ulcus vulvæ acutum* comme un processus vasculaire. Autour des vaisseaux, l'infiltrat se densifie et la figure morbide prend une intensité considérable ; *Monacelli* même à comparé les lésions de l'ulcère aigu à celles de la périartérite noueuse.

Les artérioles sont intactes. En quelques points cependant, on les voit embrocher un foyer bourré de polynucléaires neutrophiles ; la conservation parfaite de l'intima et de la média contraste avec le gonflement et l'infiltration aiguë de l'adventice. Les capillaires et les précapillaires, et, çà et là, une veinule, sont au contraire le siège de lésions considérables. La lumière est remplie de leucocytes, surtout de neutrophiles ; les cellules endothéliales sont gonflées et saillent dans la lumière ; les histiocytes (ou cellules conjonctives) de l'intima sont gonflées et, sur la préparation colorée, ont une teinte claire qui contraste avec la couleur plus sombre du cytoplasme des cellules internes, cette paroi est œdédiée et givée de leucocytes. L'ensemble donne parfois l'apparence

d'un « pseudo-abcès miliaire ». Au maximum du processus, les fibres élastiques des veinules et des précapillaires ont disparu. Souvent, le vaisseau reste entouré d'une large collerette claire formée de fibroblastes plus ou moins piquetée de leucocytes (Chevallier, Lipschutz).

Formes cliniques

Lipschütz a, le premier, tracé le tableau clinique de l'ulcère aigu de la vulve, au point de vue de son aspect objectif, de ses signes généraux et de son évolution. Il distingue trois types cliniques :

Le premier type principal, le moins fréquent, est le TYPE GANGRÉNEUX. La maladie débute par un violent frisson, agitation fièvre élevée, vives cuissons vulvaires. En 48 heures, l'ulcère a considérablement gagné en profondeur, devient creux et peut même perforer les petites lèvres. Il est recouvert d'une croûte plus ou moins foncée et adhérente. Le voisinage est rouge. Les douleurs au toucher sont très vives. Au bout de 5 à 6 jours, la croûte tombe ; la fièvre cède, la cicatrisation est rapide. La guérison se fait en deux semaines environ.

LA FORME VÉNÉRIENNE :

C'est le type le plus fréquent. L'évolution est moins violente et le processus se développe d'une manière différente. La température est presque normale, et les

douleurs sont minimales au toucher. Les ulcérations, assez nombreuses, ont, au premier abord, une telle ressemblance avec des ulcérations vénériennes, que le spécialiste le plus expérimenté, peut éprouver de la difficulté à faire le diagnostic (Lipschütz). La marche traînante, évolution sous-aiguë. Parfois, avant qu'une série d'ulcère soit guérie, d'autres poussées apparaissent dans le voisinage. La guérison peut se faire attendre un mois.

LA FORME MILIAIRE :

Il est tout à fait exceptionnel que ce type constitue vraiment une variété morbide isolée. En règle générale, les ulcères miliaires ne sont qu'une complication des deux autres formes. Ils guérissent en quelques jours, n'augmentent jamais de dimension.

Les observations que nous reproduisons dans ce travail montrent que ces formes ne répondent qu'à des groupements habituels. *En réalité, les éléments de ces trois types peuvent s'associer de diverses façons.* La malade que j'ai eu l'occasion d'observer dans la clinique de Saint-Louis, présentait un tableau clinique tout à fait spécial, associant le type Pautrier-Roederer, simulant le chancre syphilitique, avec le type vénérien et le type miliaire.

Dans une observation de M. Chevallier (Obs. II), l'évolution a été *aiguë* et rapidement terminée sans que les ulcères ne fussent préalablement gangréneux.

Il existe des formes apyrétiques ou avec très peu

de fièvre ; des formes à début aigu, très fébriles d'emblée, faisant croire à une maladie grave infectieuse ; des formes sous-aiguës à fièvre modérée et de longue durée, pouvant aller jusqu'à un mois.

Il existe des formes à rechute à échéance très variable : de quelques jours ou semaines, à des mois et années.

L'ÉVOLUTION

Le Début

Dans la grande majorité des cas, la maladie éclate en pleine santé. La malade est prise d'un frisson, de la fièvre et, en 24 heures, l'ulcère est constitué. En même temps, la malade ressent des cuissons et des démangeaisons dans la région vulvaire. Les douleurs spontanées font défaut ; mais souvent elles deviennent insupportables à l'occasion de toute atteinte sur la vulve. Il y a très souvent un suintement, des pertes blanches.

Dans d'autres formes, la fièvre manque.

Parfois, les troubles sont si légers que le début passe inaperçu.

La période de début dure en moyenne 3 ou 4 jours.

PÉRIODE D'ÉTAT

Il faut distinguer plusieurs cas :

a) S'il s'agit d'une *forme légère* : apyrexie, ou persistance d'une fièvre légère ;

b) Si l'éruption est unique et la perte de substance petite cette période dure quelques jours.

c) Dans les formes à *poussées sub-intrantes*, des nouvelles pertes de substance apparaissent dans le

voisinage à mesure que les premières ulcérations, guérissent. Dans ce cas, s'il s'agit d'ulcères banaux la maladie peut traîner jusqu'à un mois ; s'il s'agit d'ulcères à type miliaire qui, guérissant vite, allongent peu la durée de la maladie, il n'est pas rare de voir plusieurs poussées se succéder et s'intriquer. Au total, cette période peut durer de quatre jours à un mois.

LA GUÉRISON. — Dès que la guérison commence, les phénomènes inflammatoires disparaissent, et surtout les douleurs au toucher. L'ulcère prend une teinte de bon aspect, son fond s'exhausse. La cicatrisation commence par l'apparition d'un liseré blanc périphérique. La durée de la cicatrisation ne dépasse pas une semaine.

Il n'y a pas de convalescence.

Une des malades de M. Mario Monacelli, de Rome, soignée à la clinique des maladies vénériennes de Rome, en décembre 1925, pour des ulcères aigus de la vulve, guéris en 12 jours, revient à l'hôpital, *après un an*, demander un certificat médical pour une maladie de ses poumons.

On profite de cette visite pour faire un examen de ses organes génitaux *qui ne présentent aucune trace de lésions. Mais on trouve encore du pus qui sort de son vagin (c'est une vierge de 13 ans), et l'examen microscopique donne une grande quantité de bacillus Crassus, prédominant sur les autres microbes, comme je l'ai dit, après un an.*

DIAGNOSTIC

On se rend facilement compte de l'importance du diagnostic, au point de vue *clinique, médico-légal et social*. Autrefois, on soignait ces malades, *presque toujours des fillettes ou des jeunes filles vierges, dans les salles des maladies vénériennes*.

Si nous prenons en considération la remarque de *Lipschütz* qui a observé une vingtaine de malades, *que la forme vénérienne a une telle ressemblance, au premier abord, avec des ulcérations vénériennes, que le spécialiste le plus expérimenté peut éprouver de la difficulté à faire le diagnostic*, nous pouvons nous imaginer quelle était autrefois la situation du médecin et surtout de la famille de la malade dans le cas d'une pareille maladie.

On a récemment publié en France des observations (deux jusqu'à présent), *d'ulcères simulant parfaitement le chancre syphilitique*. Ces deux malades ont été hospitalisées et soignées dans des services cliniques et ont pu bénéficier de tous les examens microscopiques et biologiques, et le diagnostic en a été vite fait.

Peut-on espérer que les choses se passent de la même manière dans la clientèle privée des petites villes ?

Si je m'arrête un peu sur ces considérations, c'est que l'importance sociale et médico-légale d'un diagnostic exact de l'ulcère aigu est capitale.

Quoique la clinique permette souvent de faire un diagnostic exact d'après *l'aspect de la lésion, l'allure de la maladie, la tendance naturelle à la guérison et surtout l'absence d'adénopathie*, Lipschütz est catégorique en déclarant *qu'il ne faut jamais faire un diagnostic d'ulcère aigu de la vulve, sans avoir fait d'abord les recherches bactériologiques et avoir trouvé la prédominance du bacillus Crassus.*

Les Chancrelles prêtent souvent à discussion. Les bords des chancrelles sont décollés et le fond est vermoulu ; le fond de l'ulcère aigu est recouvert d'une mince couche fébrinoïde et, une fois essuyé, rose et animé. En cas de doute, la recherche du bacille de Ducrey s'impose. On pourra encore avoir recours à l'intradermo-réaction au Dmelcos et même à l'auto-inoculation quoique ce dernier procédé soit à déconseiller vu la possibilité de chance d'auto-inoculation phagédénique.

Les plaques muqueuses syphilitiques ne ressemblent pas aux ulcères aigus. Ce sont des érosions ; les ulcères aigus sont des ulcérations purulentes. Les plaques muqueuses sont indolores ; les ulcères sont très douloureux au toucher. L'adénopathie manque rarement dans les plaques, mais toujours dans l'ulcère. Ici encore, c'est l'ultra microscope qui tranche la question en cas de doute, ainsi que les Examens sérologiques.

La gangrène a pour elle son odeur fétide et ses plaques violettes. L'ulcère gangréneux n'a pas d'odeur fétide ; il a sa croûte foncée, de consistance de cuir sa marche rapide dans la guérison.

L'ulcère phagédénique est, dans certains cas, très ressemblant à l'ulcère aigu. Son aspect général, la forme de ses éléments sont souvent les mêmes. Dans les formes secondaires et au début la confusion est possible. Il existe alors en général très visibles, les vestiges de l'élément syphilitique sur lequel se greffe le phagédénisme. Quant à l'évolution, elle est complètement différente.

Les Aphtes. — Neumann, en 1895, a décrit la maladie pour la première fois sous le nom de « aphtes vulvaires ». Du reste, les aphtes ont beaucoup de caractères communs avec les ulcères aigus. Les aphtes n'atteignent pas de grandes dimensions ; leur fond est jaune-beurre-frais et leur pourtour est serti d'un fin liseré carminé. Leur parenté est réelle et plusieurs auteurs ont signalé la coexistence de deux éruptions : aphtes buccaux et ulcères génitaux (Lipschütz, Carol et Rhuyt).

Lipschütz cite encore :

L'Herpès, les ulcérations blennoragiques, la vulvite diphtérique, les ulcères tuberculeux, typhoïdes, diabétiques, lymphadéniques, l'ulcère chronique avec ou sans esthiomène. L'*Ulcus balaniticum*, analogue à la balanite de l'homme ; certaines infections secondaires à association fuso-spirillaire de Vincent, des ulcères de nature encore indéterminée.

Lipschütz insiste sur ce que toute *ulcération aiguë* dont la *sécrétion* ne contient pas, associées ou non à des *staphylocoques*, des *bacillus Crassus*, n'est pas un *Ulcus vulvæ acutum*.

PRONOSTIC

C'est une affection bénigne, mais sujette à des *récidives*.

TRAITEMENT. — C'est une maladie qui guérit toute seule. Un traitement trop actif peut être nuisible, car il est susceptible d'irriter les lésions et d'augmenter les douleurs. Il suffit d'appliquer sur les ulcérations une poudre légèrement antiseptique ou une solution calmante active et inoffensive, comme celle de bleu de méthylène. *Lipschütz* prescrit aussi l'urotropine par voie buccale. Pour éviter les *récidives*, on a essayé des injections de vaccins anticrassus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — J'ai observé cette malade à la clinique dermato-syphiligraphique de l'Hôpital Saint-Louis. Ce cas offre une morphologie tout à fait spéciale, jamais observée jusqu'à présent :

a) une lésion première siégeant à la grande lèvre gauche, *simule à l'examen rapide, le chancre syphilitique.*

b) Secondairement sont apparues, à la petite lèvre gauche, des lésions ulcéreuses ayant les caractères *de la forme dite vénérienne.*

c) Pendant l'évolution de la maladie, apparaissent des lésions ulcéreuses miliaires disséminées, rentrant dans *le type miliaire.*

Lipschutz a consacré trois types cliniques : *gangréneux, vénérien et miliaire.*

En 1931, MM. Pautrier et J. Roederer ont rapporté à la Société Dermatologique de Strasbourg, un *type simulant le chancre syphilitique.*

Notre cas présente donc une morphologie associant *le type Pautrier, et les deux types Lipschutz,* constituant un type clinique à part, un quatrième.

II. — La maladie apparaît peu de temps après *un érythème noueux* chez une malade suspecte de tuberculose.

On peut donc se demander si l'érythème noueux n'a pas été la cause ayant déclanchée la virulence du bacillus crassus en le rendant pathogène.

La malade n° 108. 744, M^{lle} H. R., fillette de 14 ans 1/2

est adressée le 1^{er} mai 1931 par M. le Dr Armingeat, chef de clinique chirurgicale aux Enfants malades, pour des ulcérations vulvaires étendues et très douloureuses.

Le 15 avril 1931, cette enfant a été prise, vers le soir, de frissons répétés, de nausées, de malaise général et de fièvre (la température n'a pas été enregistrée). En même temps est apparu en pleine grande lèvre gauche un petit bouton très douloureux donnant lieu à une violente sensation de brûlure. Malgré un état de malaise persistant pendant plusieurs jours, l'enfant n'a pas interrompu ses occupations scolaires, mais les lésions vulvaires s'accrurent assez rapidement. Deux à trois jours après ce début des ulcérations recouvertes d'un enduit fibrineux sont apparues sur toute la hauteur de la face interne de la petite lèvre gauche. Ces ulcérations étaient encore plus douloureuses que le bouton primitif de la grande lèvre et gênaient considérablement la marche. La malade a été examinée deux jours plus tard par le Dr Armingeat, lequel traite ces lésions avec une solution de mercurochrome. Mais l'amélioration ne survenant, elle a été envoyée à la clinique dermato-syphiligraphique.

Aspect de lésions le 1^{er} mai 1931. A cette date on constate deux sortes de lésions :

1^o Une grosse lésion papuleuse, la 1^{ère} en date, siégeant à la partie moyenne de la grande lèvre gauche lésion d'un diamètre de 15 millimètres, à bords réguliers, de forme ronde, plus exulcérée qu'ulcérée, recouverte d'une très mince couche fibrineuse. — Les bords non décollés sont sertis d'un étroit liseré rouge. A la palpation, cette exulcération en relief apparaît nettement indurée. *Elle n'est pas très douloureuse à la pression. De plus, elle ne s'accompagne pas d'adénopathie inguinale* et, de ce fait, le diagnostic d'accident syphilitique primaire doit être rejeté sans toutefois négliger de faire un examen à l'ultra-microscope.

2^o Des lésions multiples de la petite lèvre gauche qui, au nombre d'une quinzaine, siègent sur les deux faces



Lésion principale siégeant à la grande lèvre gauche
et simulant un chancre syphilitique.

(Photo Schaller)



Micro-photo Schaller, grossissement

externe et interne. Ces lésions sont des ulcérations relativement superficielles. Leurs bords sont irréguliers, polycycliques par endroit du fait de la confluence de certains éléments. Ils sont décollés comme dans la chancrelle, mais le fond n'a pas l'aspect de « bois vermoulu » du chancre mou. Leur taille est variable. Les unes atteignent 10-12 millimètres de diamètres, alors que les autres ne dépassent pas 2-3 millimètres. Ces ulcérations sont plus ou moins recouvertes d'un enduit séro-purulent donnant par endroit l'aspect de fausse-membrane. Toute la petite lèvre gauche est fortement œdématiée, ainsi qu'il est possible de s'en rendre compte sur la photo ci-jointe.

Ces lésions sont horriblement douloureuses au toucher et les différents prélèvements furent pratiqués avec difficulté à cause de cette douleur.

L'hymen est intact.

Cette malade fut hospitalisée à la clinique de l'hôpital Saint-Louis et nous avons pu suivre l'évolution du processus.

Le 6 mai 1931, sont apparues de nouvelles ulcérations, disséminées sur la petite lèvre gauche, ulcérations ne dépassant pas la grosseur d'une tête d'épingle, peu profondes et recouvertes d'un enduit purulent, répondant à la *forme miliaire* décrite par Lipschütz.

La malade a gardé le lit. Localement, il a été fait des applications de glycérine au novar et de solution de nitrate d'argent au 1/10. Le 13 mai, l'ensemble des lésions a considérablement régressé. — L'ulcération première de la grande lèvre est en pleine cicatrisation, cicatrisation légèrement bourgeonnante.

Le 21 mai, les lésions de la petite lèvre ont disparus et cette lèvre a repris son volume normal. La grande lèvre est complètement cicatrisée.

En raison de l'apparition brutale, accompagnée de signes généraux de ces ulcérations chez une vierge, on a posé le diagnostic d'ulcère aigu de Lipschütz. Toutefois, l'aspect

syphiloïde de la lésion première a déterminé à pratiquer à plusieurs jours d'intervalle et après simples pansements à l'eau bouillie, des examens à l'ultra-microscope. Tous furent négatifs. La recherche du bacille de Ducrey fut également négative. Par contre, on a trouvé *le bacillus crassus* en quantité extrêmement abondante ainsi que la préparation au gram photographiée ci-contre permet de le constater. Une réaction Vassermann pratiquée les jours suivants, s'est montrée négative.

Les photos ci-jointes ont été mises à ma disposition par M. le Dr Carteaud, Chef de clinique de la Clinique dermato-syphiligraphique de l'Hôpital Saint-Louis, avec la permission de les joindre à ma thèse, dont il a bien voulu me suggérer le sujet.

Les observations d'ulcère aigu de la vulve, ne sont pas très nombreuses. On compte une soixantaine dans tout le monde. Lipschütz a eu, en vingt ans, une vingtaine de malades.

OBSERVATION II. — Le médecin russe *Tschapin* a publié en Russie avant 1908, 9 cas de « Ulcères non vénériens des organes génitaux de la femme ». Tschapin a parfaitement précisé les caractères de la maladie : a) Sa fréquence chez les vierges ; sur neuf malades qu'il avait observées, huit étaient vierges ; b) Sa nature non vénérienne ; c) Son agent causal, car il a découvert chez la plupart de ses malades, dans les ulcérations, de gros bâtonnets, prenant le gram et qu'il désignait comme l'agent causal de la

maladie ; d) Débutant par de la fièvre ; e) son caractère non contagieux et e) sa guérison spontanée.

En 1908, alors qu'il n'existait encore qu'une seule observation de Lipschütz, apparaît pour la première fois, en langue allemande, un référé sur la découverte de Tschapin dans : *Ref. Dermat. Centralbl.* 1908. *Volume II. Page 383.*

En France M. le Professeur Gougerot signale, à l'occasion d'un cas d'ulcère aigu de vulve, publié dans les *Annales de Maladies vénériennes* en septembre 1929, l'importance du travail de Tschapin et le tort qu'on lui fait de l'avoir presque oublié.

Les observations françaises ne sont pas nombreuses. La première date depuis 1927 ; depuis on a publié de très intéressantes qui ont contribué à élargir de beaucoup le cadre des connaissances sur cette maladie.

Je les ai rassemblées toutes dans cette thèse en ajoutant aussi quelques observations étrangères présentant quelque intérêt.

OBSERVATION III. — M^{lle} S., 14 ans 1/2, dans le service de M. le Prof. Gougerot. Entrée le 4 mai 1929 avec ulcère des grandes lèvres datant de 8 jours.

Le 24 avril, les règles normalement ; le 26, violents frissons avec température atteignant 40° et douleur vive à la vulve.

A l'examen, à son entrée, on note un œdème considérable des grandes lèvres ; en les dépliant on constate l'existence sur la face interne, d'une vaste ulcération à fond rouge et sanieux, à bords saillants. A la périphérie existe

une zone érythémateuse parsemée de petites ulcérations lenticulaires.

Pas d'adénite inguinale. Un frottis direct, montre présence du *Bacillus Crassus* ; on arrive à cultiver celui-ci sur Agar. Ascite.

Le 4 juin, la malade est revue complètement guérie, mais conservant *Crassus* dans les sécrétions vaginales.

GOUGEROT, BURNIER et PIERRE UHRY, *Annales des Maladies Vénériennes*, sept. 1929.

OBSERVATION IV. — Observation de M. L. M. Pautrier et J. Roederer rapportée à la Société dermatologique de Strasbourg, concerne une jeune fille présentant un ulcère aigu de la vulve, ayant tous les caractères de l'ulcère de la vulve, au point de vue de son ensemble clinique mais simulant un chancre syphilitique. Cette forme est très rare.

OBSERVATION V. — B. M., 20 ans, domestique, présente, fin août 1922 une éruption qualifiée d'abord d'herpès, puis de chancres ; on pense à la syphilis. Du 31 août au 14 octobre, quatorze Wassermann sont négatifs. Répétées, les recherches du tréponème, du gonococque et du Ducrey sont vaines. Les lésions primitives avaient complètement guéri de façon spontanée quand, le 20 septembre, on injecte dans la veine 015 de novarsénobenzol. Le lendemain réapparaît à la grande lèvre un petit bouton qui se transforme en ulcère. Trois autres injections de novarsénobenzol (030, 045, 045) provoquent chaque fois une fièvre vive. Chaque poussée locale s'accompagne d'une poussée thermique.

Au début de chaque poussée, la malade se plaint que les ulcérations la chauffent et la démangent.

Dans les premiers jours d'octobre, l'éruption est formée

d'une dizaine d'ulcérations et occupe la vulve et la racine des cuisses, le périnée, l'anus et la région rétro-anale. Les ulcères ne sont pas tous de même âge. Le juxta-anal est fissuraire, le fond sanieux. Il éveille au premier abord l'idée d'un chancre mou. Toute la région muqueuse de la vulve présente une réaction inflammatoire nette.

Très petits ganglions insensibles dans les aines.

L'état général est excellent. La fièvre ne tarde pas à tomber.

La guérison est complète en huit jours. *On a remarqué que la malade allait mieux en l'absence de tout antiseptique.*

Des examens multiples n'avaient découvert ni tréponème, ni gonococques, ni Ducrey et que le Wassermann resta toujours négatif.

L'examen bactériologique pour le B. Crassus, manque.

Prof. Paul CHEVALLIER, *Presse Méd.*, N° 6, 1932.

OBSERVATION VI. — E., 12 ans et demi. Vierge. Le 16 mai 1922, un petit choc nerveux. Le 20 mai, elle n'eut pas les règles qu'on attendait, mais a commencé de se gratter la vulve. Le 21 on y remarque de petites lésions. Le 24 commence une éruption de petits points rouges sur les membres supérieurs et inférieurs.

Température 40° le soir. Le 30, température 39 ; le 31, 38°7. A partir du 1^{er} juin, la malade est apyrétique, état général excellent.

Quatre ulcérations, bords non décollés, indolores au repos, douloureux au toucher, taillés en cupule. Le fond est jaune, couvert d'une sérosité purulente. Pas de ganglions dans les aines.

A l'examen microscopique on trouve une énorme quantité de Bacillus Crassus.

Guérison en six à sept jours.

(Prof. Paul CHEVALLIER, *Presse Méd.*, N° 6, 1932.)

Léon Rappaport

OBSERVATION VII. — Jeune fille vierge 14 ans 1/2. Trois jours d'anorexie. Vives démangeaisons vulvaires dans la nuit. 1^{er} jour, 39°5, matin et soir, petite exulcération labiale ; *grosses noisettes ganglionnaires sensibles dans les deux aines*. 2^e jour, fièvre, l'ulcération grandit ; œdème de la petite lèvre ; pas de Ducrey ; l'examen bactériologique signale de l'entérocoque, du colibacille et du staphylocoque blanc. 3^e jour, fièvre, vaste ulcère couvert d'une fausse membrane noirâtre, épaisse, adhérente. 4^e jour, matin : 38° la pseudo-escarre se détache. Soir : l'ulcère est unique, mais énorme (4 1/2 sur 2 1/2 cm.) ; il occupe toute la face interne de la petite lèvre droite. Bords assez réguliers, à pic ; fond plat, rouge couvert d'une couche de pus grisâtre. Douleurs presque nulles. Pas d'adénopathie. Nombreux bacillus Crassus tout à fait typiques. La température normale. *Ce type à ulcère unique est tout à fait rare.*

(Prof. Paul CHEVALLIER et SIGISMOND BLOCH,
Presse Méd., 1932, N° 6.)

OBSERVATION VIII. — M^{lle} N., 18 ans, entre le 7 janvier 1932 à l'Hôpital Tenon dans le service de M. le Professeur Grégoire, pour des ulcérations vulvaires noirâtres à *aspect sphacélique*, avec température élevée.

Les accidents ont débuté, le 5 janvier, 15 jours après ses dernières règles qui remontent au 19 décembre. Elle se plaint de frissons, présente du délire.

Le 7 janvier les grandes lèvres sont œdématisées. En écartant les petites lèvres, on découvre de chaque côté, sur leur face interne, une ulcération superficielle, ovalaire de dimension d'une pièce de 0,50 centimes. Les bords taillés à pic, le fond recouvert d'une sorte de croûte noirâtre, sèche un liquide séro-sanguinolent, sanieux. La base n'est pas indurée. L'hymen est intact. Les ulcérations sont indolentes. Pas d'adénopathie.

L'état général est grave. Température 39°7. Pouls 100. Devant l'aspect sphacélique de la lésion, des injections de sérum antigangréneux sont faites du 7 au 12 janvier.

Le 9 janvier, la croûte tombe.

Le 11 janvier les lésions s'étendent ; gagnent la fourchette. Elles sont recouvertes d'une fausse membrane blanchâtre.

Sur la petite lèvre droite, apparaît une nouvelle ulcération. On applique localement du sérum antigangréneux et des pansements antiseptiques ; eau oxygénée, poudre de novarsénbenozol.

Tout semblait orienter le diagnostic vers une maladie locale. Mais l'intensité des signes généraux, l'état de prostration de la malade sont hors de proportion avec les lésions de la vulve.

Une hémoculture permet le 9 janvier d'isoler un bacille d'Eberth. Le 13 janvier, on porte le diagnostic d'ulcère aigu de la vulve au cours d'une fièvre typhoïde. Les ulcérations, très peu douloureuses, se cicatrisent vers le 16 janvier.

L'examen bactériologique avait confirmé le diagnostic.

BRULÉ, HILLEMAND et GILBRIN,
Bulletins et Mémoires

de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 25, IV, 1932).

OBSERVATION IX. — L'unique observation semblable à la précédente est celle que Scherber a publié dans la Wiener Klinische Wochenschrift 1918. S. 1005.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, présentant au début d'une fièvre typhoïde, des ulcérations d'aspect gangréneux avec grave état général. L'hémoculture et la recherche du *Bacillus Crassus* dans le pus des ulcérations, fixeront le diagnostic.

OBSERVATION X. — Jeune fille 15 ans. Début : frissons, température 37°8, malaise général. — Les jours suivants : 39°-40°. Sommet gauche suspect. Le 29 novembre, douleurs vulvaires, petites lèvres tuméfiées ; deux vastes ulcérations de forme ronde, bords à pic, recouvertes en grande partie par une escarre d'un brun jaunâtre. Deux autres ulcérations, d'aspect analogue, sur la petite lèvre gauche ; une dernière lésion, de forme allongée, occupe le repli génito-crural. Pas de ganglions inguinaux.

Bacillus Crassus positif ; inoculation négative. Guérie en 6 jours.

OBSERVATION XI. — Jeune fille vierge, 13 ans. Sommets suspects.

Début 11 décembre 1925 : frissons, fièvre 40°. Des ulcérations vulvaires semblables à l'observation précédente. B. Cr. positif.

L'examen du sang donne le diagnostic d'anémie type chlorotique. Globules rouges : 3.800.000. Hémoglobine : 50.

Guérison le 24 décembre.

Revue pour une autre maladie, après un an, ses organes génitaux ne présentent aucune trace de lésions. On trouve encore du pus qui sort de son vagin et l'examen microscopique donne que le B. Cr. prédomine toujours sur les autres microbes.

OBSERVATION XII. — Jeune fille vierge, 14 ans. Début : violent mal de tête et 38° température. Après quatre jours, la température monte à 39° et la malade éprouve des douleurs dans la région génitale externe. Une escarre jaune sur la face interne de la petite lèvre droite qui est gonflée en totalité. Ganglions inguinaux petits et douloureux. B. Cr. positif.

Guérison après vingtaine de jours.

L'importance de ce cas réside dans le fait que l'ulcère était unique.

Les trois dernières observations appartiennent à
*M. Mario Monacelli de Rome. Sur quelques cas d'ULcus
Vulvæ acutum. (Annales des Mal. Vénériennes.
Janvier 1927).*

CONCLUSIONS

L'ulcère aigu de la vulve, signalé par Tschapin avant 1908, par Neumann en 1895, à été bien individualisé par Lipschütz de Vienne et se présente *en général* comme une affection primitive. C'est une infection aiguë, non contagieuse, non inoculable, fébrile le plus souvent, spécifique, bénigne. On n'a jamais rencontré chez l'homme d'affection similaire. La maladie atteint seulement les femmes, les déflorées comme les vierges, mais principalement ces dernières ; elle n'est pas vénérienne, mais simule une affection vénérienne. Lipschütz considère le *Bacillus Crassus* comme l'agent spécifique. Il admet que ce *B. Cr.*, *saprophyte normal* de la muqueuse génitale, peut, dans des conditions le plus souvent inconnues, prendre une virulence nouvelle et provoquer l'ulcère. *Il s'agirait d'une véritable auto-infection, par un germe habituellement inoffensif.* De nombreux auteurs sont d'accord avec Lipschütz.

Dès 1912, Lipschütz distingue trois types cliniques.

Le plus fréquent, c'est le *type vénérien*. Les ulcérations ont une grande ressemblance avec les chancres. Le deuxième type, moins fréquent, c'est

le type gangréneux. Le dernier est accessoire : *l'ulcère miliaire*. Il est tout à fait exceptionnel qu'il constitue une variété morbide isolée. En règle les ulcères miliaires ne sont qu'une complication des deux autres formes.

Cette synthèse clinico-bactériologique de Lipschütz, discutable au point de vue causal, a une valeur pratique admise par tous les auteurs. En effet, *le Bacillus Crassus est un hôte constant* dans tous les cas d'ulcère aigu de la vulve.

Les observations qu'ont publiées les auteurs français dans ces dernières années, ont apporté, à côté des formes classiques, de nouvelles formes cliniques, propres à suggérer un nouveau groupement des types cliniques.

Comme il s'agit d'une maladie rare (60 cas observés dans tout le monde), pas encore généralement connue dont le nombre d'observations est relativement réduit, il est bien naturel qu'à mesure que son cadre documentaire s'élargit, son cadre clinique subit en même temps les modifications nécessaires.

Dans notre cas, nous avons observé : *une lésion primitive* simulant un *chancre syphilitique*, comme dans le cas Pautrier ; *des ulcérations secondaires* ayant les caractères *de la forme vénérienne* ; — et au cours de l'évolution de la maladie, l'apparition de *lésions du type miliaire*. — *Il s'agit donc d'un type polymorphe* — D'autre part, MM. Pautrier et Roederer ont rapporté un cas d'ulcère simulant le chancre syphilitique, et MM. P. Chevallier et Sigismond Bloch, un cas d'ul-

cère unique qui s'étend rapidement pendant quelques jours ; ainsi, peut-on proposer la classification suivante :

- a) *Type Vénérien* ou *Vénéro-Miliaire*.
- b) *Type Gangréneux* ou *Gangréno-Miliaire*, suivant que le type gangréneux ou vénérien est, oui ou non, compliqué d'ulcérations miliaires.
- c) *Type polymorphe*.
- d) *Type lésion unique*, simulant le chancre syphilitique ou la chancrelle.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD

Vu: Le Président,
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APPEL. — *Demonstr. im Altoner Arztlichen Verein. Ref., Münchener med. Wochenschrift., 1916.*
- ARTZ. — *Demonstr. in der Wiener dermatol. Gesellschaft. Ref., Zentralblatt f. Haut und Geschlechtskr., Bd. 14, p. 35, 1924.*
- BINGHEL. — *Über Ulcus Vulvæ acutum. Dermat., Zeitschrift, Vol. XXXIII, 1921.*
- BRUNAUER. — *Über Perigenitale Localisation des U. V. A., Wiener medicalische Wochenschrift, 1920, p. 1331.*
- BUQUICHIO (A.). — *Contributo clinico perimentale alla conoscenza delle ulcerazioni acute non venerea dei genit. esterna femmini., Giornal ital. di dermatol e sifilogia, Vol. LXVI, p. 471, 1925.*
- CROSTI. — *Considerazioni su di alcuni casi di ulcerazioni acute dei genitali esterni femmini di natura non venerea, Giorn. ital. di dermatol e sifilogia, Vol. LXVI, p. 460, 1925.*
- DELBANCO. — *U. V. A. Lipschütz Dermatol., Wochenschrift, 1926.*
- FINNERUD. — *U. V. A. Report of a case Arch. of dermatol. syphila, Vol. XIII, N° 1, 1926.*
- FROMMER. — *Bericht über ein Fall von U. V. A., Dermatol Wochenschrift, 1925, A. 30, p. 1111.*
- FONS. — *Ref. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, Vol. CXXXIII, 1931.*
- GALEWSKY. — *Versammlung deutscher Naturf. und Ärzte, Leipzig, 1922.*
- GROSZ (S.). — *Über U. V. A., Wien. Klin. Wochenschrift, 1914, p. 224.*
- HEIM (L.). — *Med. Klin., 1921, N° 20.*
- HUMER. — *Demonstrat. eines falles von U. V. A., Wien. Dermat. Ges., 1920.*
- LENARTOVICZ. — *Über U. V. A., Wien. Klin. Wochenschrift, 1917, p. 266.*
- LIPSPSCHUTZ. — *Arch. f. Dermat. u. Syph., 1912. — Bakteriologischer Grundriss. Leipzig, 1913. — Demonstr. von Reinkul-*

- turen des *Bac. Crassus*, Wien. Dermat. Ges., 6 juin 1918. — *Ref. Arch. f. dermat. u. Syph.*, 1920. — *Über. U. V. A.*, Wien. Klin. Woch., 1918. — *Dass Hist. Bild.*, *Arch. f. Dermat u Syphilis. Ref. Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1920.
- ROST. — *Lehrbuch der Haut Krauk.*, Berlin, Lulius Springer, 1926.
- ROSTENBERG AND FINNERUD. — *Arch of dermatol a Syphilis*, Vol. XIII, No 4, 1926. — *Zur Klinik und Atiologie sebtener Geschwürs.*
- SCHERBER. — *Formen Dermat. Zeitsch.*, 1913. — *Wien Klin Wocheuschr.*, 1913. — *Wiener Klin Woch*, 1916. — *Wiener Klin Woch*, 1918, p. 175. — *Arch. für Dermatologie u. Syph.*, Vol. CXXVII, 1919.
- SACHS. — *Beitrage Zur Path. der Vulvitis.* *Wien Klin. Wochinschrift*, 1905.
- SCHUGT. — *U. V. A. und seine Atiologie*, *Zentral blatt. f. Gynakol*, 1925, No 39, p. 2180.
- STEIN (R. O.). — *Münchener Med. Woch.*
- STRYKER. — *U. V. A.*, Report of a case *Arch of dermat. a. Syph.*, Vol. XV, No 1, p. 54, 1927.
- FSCHAPIN. — *Ref. Dermat. Centralbatt*, 1908, Vol. II, p. 383.
- WEGELIUS. — *Arch. f. Gynak.*, Vol. LXXXVIII, 1909.
- WALANDER. — *Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, Vol. LXVIII, p. 403.
- ROEDERER et SLOIMAVICI. — *Réunion derm. de Strasbourg, Bull. soc. Derm.*, 1927, p. 263.
- GOUGEROT, BURNIER et UHRY. — *Annales des mal. vénér.*, sept. 1929.
- PAUTRIER (L. M.) et ROEDERER (J.). — *Réunion dermatol. de Strasbourg*, 8 mars 1931.
- CHEVALLIER (P.). — *Presse Médicale*, 20 janvier 1932.
- BURNIER et CARTEAUD. — *Annales des Mal. Vénér.*, août 1931.
- CHEVALLIER (P.) et BLOCH (S.). — *Presse Médicale*, 20 janvier 1932.
- BRULÉ (M.), HILLEMAND (P.) et GILBRIN (E.). — *Bul. et Mémoires de la Sté Médicale des Hôpitaux de Paris*, No 13, 25 avril 1932. Séance du 15 avril 1932.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 30-1-1933
